

Nro de Legajo, Registro, Ficha, etc

Compañía Aseguradora: BBVA Consolidar Seguros S.A.

Trabajador

Apellido y nombres

		Fecha de nacimiento	CUIL (o N° Libreta de Ahorros)	
		Capital Asegurado	Fecha ingreso al empleo	D.N.I./L.E./L.C./C
Domicilio Particular: Calle		N°	Piso	Dto.
Localidad/Provincia		Cod.Postal	Teléfono	

Empleador

Razón Social

Domicilio: Calle		N°	Piso	Dto.
Localidad/Provincia		Cod.Postal	Teléfono	

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad. Declaro conocer y aceptar las condiciones expuestas en los artículos que figuran al dorso del presente formulario.

Lugar y Fecha:	Firma del Asegurado. (o impresión Digital)
----------------	---

CONDICIONES GENERALES

ARTICULO 1°: OBJETO

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74, cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia.

ARTICULO 2°: EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

- Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600
- Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTICULO 3°: PRESTACIÓN

La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.

Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez.

La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTICULO 4°: CONTRATACIÓN DEL SEGURO

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscrita en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTICULO 5°: PRIMA SUMA ASEGURADA

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 7°: SOLICITUD DEL SEGURO EMISIÓN DE LA PÓLIZA NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible, con copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS. Cuando el tomador empleador – contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitirse anualmente.

Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, a partir del 1° de enero de 2006, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC). A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:

- Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.
- Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) de la Resolución 30729/2005.
- Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica. El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo UN (1) tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (45 cm) de ancho. Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (UNO) afiche por cada establecimiento. La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores – tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (UNO) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores.

Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.

Es de exclusiva responsabilidad del empleador – tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

ARTICULO 8°: DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.

La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que como Anexo ii) forma parte de la Resolución 30729/2005.

En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241.

El comprobante de Incorporación al seguro y de designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.

El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 15°: LIQUIDACION DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.

Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará a lo reglado por los artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente.

En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

- Partida de Defunción del Asegurado
- Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido
- Formulario de Designación de Beneficiarios
- En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241, debiendo presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición
- Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela. Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto Nro.1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTICULO 29°: PRESCRIPCIÓN

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil.

Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro.1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.